

(介護予防)認知症デイサービス 利用申込書 兼 受付表

居宅介護支援事業所 情報	
事業所名	認知症デイサービス のどか(和)新みさと行
事業所番号	電話 048-950-3210
電話	FAX 048-950-3211
担当ケアマネージャー	事業所番号 1191200094

申し込み年月日 年 月 日

ふりがな ご利用者名 様	男 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)			
〒 ご住所 TEL 保険者番号 112375 被保険者番号	キーパーソン <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/> 連絡先等				
要介護度 : <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中		生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
障害高齢者の日常生活自立度 (主治医意見書より転記)	・自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症高齢者の日常生活自立度 (主治医意見書より転記)	・自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
主治医	医師名	医療機関	電話		
主疾患・既往歴	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/>				
送迎	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	希望曜日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

○ご利用者の状況

《食事》	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 注意点(
《排泄》	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿とりパット
《歩行》	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 補助器具(
《階段昇降》	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
《入浴》	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> リフト浴 注意点(
《現在利用中のサービス》	
《その他注意事項・通所利用にあたっての注意事項等あれば》	
《 キーパーソン(ご家族等)が心配なこと・困っていること・希望したい事 》	

新規利用のお申込みありがとうございます。受付完了後におりかえし担当者よりご連絡させていただきます。